



Modulo allegato "L" al P.T.P.C. ASP Palermo
di cui alla deliberazione n. 74 del 26/01/2018

.DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a CIURO PATRIZIA

nato /a in Palermo il 01/02/1964

residente a Palermo in Via Valderice n° 1

- in servizio presso il Dipartimento/Distretto Sanitario/Presidio Ospedaliero

di DSR-DPM-NPIA..... U.O.C. NPIA....., U.O.S.

NPIA - P. 2..... con la posizione funzionale di Log. pediatra....., o

- dipendente dell'Azienda/Ente _____
_____ [compilare in caso di
personale esterno, presso commissioni per la scelta del contraente, e commissioni per
l'accesso o la selezione a pubblici impieghi o per progressioni di carriera];

nella qualità di dipendente assegnato, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti
alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture.

nella qualità di direttore del Dipartimento/della Unità Operativa Complessa

nella qualità di responsabile della Unità Operativa Semplice non afferente a
U.O.C. _____

di () presidente, componente, () segretario, a commissioni per l'accesso o la
selezione a pubblici impieghi o per progressioni di carriera, di cui alla
deliberazione / provvedimento di nomina n. ASP 24631 DC 2 del 24/05/18,
relativa a STABILIZZAZIONE 6 POSTI AL COLLE SAN LOFOPOLITANO.

nella qualità di () presidente, () componente, () segretario della commissione per la
scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture di beni e servizi, di cui alla
deliberazione / provvedimento di nomina n° _____ del _____
relativa a _____

Ferma restando ogni altra responsabilità, la dichiarazione mendace, accertata dall'ASP Palermo, nel
rispetto del diritto di difesa e del contraddittorio dell'interessato, comporta la inconfirmità di qualsivoglia
incarico di cui al D.Lgs. n.39/2013 per un periodo di 5 anni.



Modulo allegato "L" al P.T.P.C. ASP Palermo
di cui alla deliberazione n. 74 del 26/01/2018

- nella qualità di () presidente, () componente. () segretario di commissioni per l'accertamento dell'invalidità civile (L. 295/90 e s.m.i.), dell'handicap (L. 104/92 e s.m.i.), del sordomutismo (L. 381/70 e s.m.i.), della cecità civile (L. 382/70 e s.m.i.), della disabilità ai fini dell'inserimento lavorativo (L. 68/99 e s.m.i.).
- nella qualità di consulente/collaboratore _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia,

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità, ai sensi di quanto previsto dalla vigente normativa in materia di autocertificazioni, e relativamente a quanto disposto dall'art.35 bis c. 1 lett.a), lett.b) e lett.c) del D.Lgs. 30.03.2001 n.165, di :

- avere subito condanne, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale nonché per quelli previsti dal D.Lgs 235/2012.
(specificare l'autorità giudicante, il numero della sentenza, la pena comminata e il reato

- non avere subito condanne, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale e per quelli previsti dal D.Lgs 235/2012.

Il sottoscritto si impegna altresì a comunicare per iscritto al proprio dirigente/presidente della commissione - entro il termine massimo di 48 ore da quando ne ha avuto conoscenza - qualsiasi variazione della situazione di cui alla presente dichiarazione.

Data, 17/07/18


(firma del dichiarante)

Note per la compilazione:

Allegare copia di un documento di riconoscimento e codice fiscale.

Si deve apporre una "X" nella fattispecie che riguarda il dichiarante.

Ferma restando ogni altra responsabilità, la dichiarazione mendace, accertata dall'ASP Palermo, nel rispetto del diritto di difesa e del contraddittorio dell'interessato, comporta la inconfirmità di qualsivoglia incarico di cui al D.Lgs. n.39/2013 per un periodo di 5 anni.

MODULO "A"

Al Commissario
Dell'ASP di Palermo

Oggetto: Concorso pubblico, STABILIZZAZIONE N. 6 Posti di
coll. Prof. le SAN. (STG.D) - Logopedista a Tempo indeterminato

Il sottoscritto CIVRO PATRIZIA nato a PALERMO
il 01/02/1964 residente a Palermo via Valderice n. 1
n. 1, tel. 3352802508, nominato in qualità di Componente
(specificare, presidente/componente/segretario)

del concorso di cui in oggetto, consapevole delle sanzioni previste dall'art.76 del DPR n. 445/2000 per mendaci dichiarazioni e falso in atto, Dichiaro sotto la propria responsabilità, ai sensi del citato DPR n. 445/2000:

- di essere dipendente a tempo indeterminato, in qualità di EPS - Logopedista - disciplina di UOS - APPIA - Pa 2
- di non essere dirigente medico dipendente di università;
- di non trovarsi in situazioni di incompatibilità con i candidati del concorso in argomento, ai sensi degli art. 51 e 52 del codice di procedura civile in quanto applicabili;
- di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità di cui all'art. 35, comma 3 lett. e) del D.L.vo 165/01 e s.m.i.;
- di impegnarsi, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso della procedura concorsuale che facciano venire meno il proprio diritto alla partecipazione ai lavori della Commissione;
- di non aver subito condanne, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale; e di impegnarsi altresì a comunicare per iscritto al Presidente della Commissione Esaminatrice, entro il termine massimo di 48 ore da quando ne avrà conoscenza, qualsiasi variazione della situazione di cui alla presente dichiarazione, così come previsto dall'art. 35 bis, comma 1 lett. a) del D. L.vo n. 165/2001 e s.m.i.;
- di avere inviato il proprio curriculum alla casella di posta elettronica: mobilita@asppalermo.org;
- di consegnare al Segretario della Commissione Esaminatrice l'autorizzazione ai sensi dell'art. 53 comma 8 del D.L.vo n. 165/2001 e s.m.i. a partecipare ai lavori della Commissione Esaminatrice del concorso in questione, rilasciato dalle Amministrazioni di appartenenza (sbarrare con una "x" solo per i Presidenti o i Componenti dipendenti da altre Aziende Sanitarie).

Data 17/07/2018

Firma

Patrizia Civro

(Allega copia del documento di riconoscimento in corso di validità e codice fiscale)